

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE  
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

**MADDE 1-** 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı 1. Mükerrer Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” nin “Ayakta Tedavide Hekim ve Dış Hekimi Muayenesi Katılım Payı” başlıklı 3.2.1 numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) Altıncı fıkrasında yer alan “ve 3.1.3.C numaralı maddelerinde” ibaresi “numaralı maddesinde” olarak değiştirilmiştir.

b) Sekizinci fıkra olarak aşağıdaki düzenleme eklenmiştir.

“(8) Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve dış hekim muayenesi katılım payı tutarları 5 (Beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 TL’ lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise, eczanelere müracaat aşamasında eczanelerce kişilerden tahsil edilir.”

**MADDE 2-** “Yurtdışı tedavi sağlık kurulu raporu” başlıklı 4.4.3.A-1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasına son cümle olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olması yeterli sayılacaktır.”

**MADDE 3-** SUT’un “Yardımcı üreme yöntemi tedavileri” başlıklı 4.5.4.K numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**“4.5.4.K- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri**

(1) İnvitro fertilizasyon işlemleri (IVF), 5510 sayılı Kanununun 63 üncü maddesinde tanımlanan “yardımcı üreme yöntemi” olarak kabul edilir. Ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemi bu kapsamda değerlendirilmez.

**4.5.4.K.1- İnvitro Fertilizasyon (IVF)**

(1) Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soy bağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla iki deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.

a) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması,

c) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,

ç) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu bentteki koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması,

d) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınmamış olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belgelenmesi.

(2) IVF tedavisine başlanan kadının IVF uygulama tarihinde (Embriyo transferinin yapıldığı tarih) 40 yaşından gün almış olması durumunda, IVF tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce başlanmış olsa dahi Kurumca karşılanmaz.

Örnek; 08 Mart 1985 doğumlu kadının, IVF tedavisi giderlerinin karşılanabilmesi için; 08 Mart 2008 tarihinden sonra, 08 Mart 2024 tarihinden önce IVF uygulamasının yapılmış olması gerekir.

(3) Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarınınca daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır.

(4) IVF bedellerinin ödenebilmesi için IVF uygulanacak kadında gebeliğin sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalığın bulunmadığının IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi yeterlidir.

**4.5.4.K.1.1- IVF endikasyonları**

a) **Erkek faktörü:** Üro-androlojik tedaviye rağmen, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olduğu oligoastenospemi olguları ile azoospermi olguları.

**b) Kadın faktörü:**

**1-Tubal faktör:** Primer silier diskinezi - Kartegener Sendromu varlığı, laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgular, ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile ) sonrasında gebe kalamayan olgular.

**2-Endometriozis:** Hafif ve orta derece endometriozis, ileri evre (evre 3-4) endometriozis.

**3-Hormonal - ovulatuvar bozukluklar:** DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgular.

**c) Açıklanamayan infertilite:** Hem erkek, hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve gonadotropinlerle en az iki deneme OI + IUI uygulanmasına rağmen evlilik tarihinden itibaren 3 yıl veya daha uzun süreli gebe kalamama hali.

**ç) Diğer endikasyonlar:** Kötü ovaryan yanıtı veya düşük ovaryan rezervli olgular.

#### **4.5.4.K.1.2- Sağlık Kurulu Raporu**

(1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.

(2) Sağlık kurulu raporlarında; hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi belirtilecek, ayrıca kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da SUT'un 6.2.42.B maddesinde yer alan hükümler göz önünde bulundurularak sağlık kurulu raporlarında yer alacaktır.

(3) Sağlık kurulu raporunda ;

**a) Erkek faktörü için;** Oligoastenozoospermide total progresif motil sperm sayısı 5 milyondan yüksek olan olgularda iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış "OI + IUT" tedavisinin yapılmış olmasına rağmen gebe kalinamadığının (5 milyondan az olan oligoastenozoospermi olguları ile azospermi olgularında bu şart aranmaz),

**b) İleri evre (evre 3-4) endometriozis olgularında;** Endometriozis cerrahisi tedavisinden sonra bir yıl gebeliğin sağlanmadığının veya cerrahi tedavi sonrası iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış "OI + IUT" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

**c) Hafif ve orta derece endometriozis olgularında;** En az iki deneme gonadotropinlerle "OI + IUT" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

**ç) Açıklanamayan infertilite olgularında;** En az iki deneme gonadotropinlerle "OI + IUT" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

belirtilmiş olması gereklidir.

Ancak;

**a) Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlığında,**

**b) Laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgularda,**

**c) Ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan olgularda,**

**ç) DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgularda, tanıya dayanak teşkil eden klinik ve laboratuvar bulgularının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, IVF öncesinde "OI ve/veya OI+IUI" tedavisi yapılma şartı aranmaz.**

(4) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 (altı) ay içinde IVF uygulamasının yapılmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir. Ancak bu süre içerisinde ilaçlar temin edilmiş ise temin edilen ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(5) İkinci IVF tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

#### **4.5.4.K.1.3. IVF Tedavi Bedellerinin Ödenmesi**

(1) IVF tedavisi, SUT eki EK-9 Listesinde belirtilen bedel esas alınarak faturalandırılır. Bu bedele; IVF tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon takibi, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, işlem öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri, kullanılan her türlü sarf malzemesi ile embriyo transferi dahildir.

(2) Embriyo freezing bedeli, sadece birinci denemeden sonra SUT eki EK-8 Listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılabilir.

(3) Hastaya IVF uygulamasının yapılamaması durumunda; bu süreye kadar yapılan işlemler SUT eki EK-8 Listesi üzerinden %10 indirim yapılarak faturalandırılır. Bu durumda söz konusu işlemler deneme sayısına dahil edilmeyecektir. Ancak kullanılan ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(4) IVF tedavisinin, freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda işlemler, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan "Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi" işlemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu işlem, deneme sayısına dahil edilecektir.

(5) Yaş faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbi zorunluluk hallerinin uygulamayı yapan hekim tarafından gerekçesinin belgelendirildiği durumlar hariç olmak üzere birden fazla embriyo transfer edilmesi nedeniyle birden fazla gerçekleşen doğumlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez. Söz konusu bebeklerin tedavilerinin embriyo transfer işlemini gerçekleştiren sağlık hizmeti sunucusu dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde söz konusu giderler Kurumca karşılanır ancak ödenen bedeller embriyo transfer işlemini yapan merkezden mahsup edilir.

#### **4.5.4.K.1.4. Kayıtların Tutulması**

(1) Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, IVF kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde

tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi kişiler, müşterek ve müteselsilen yükümlüdür.

(2) Evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

#### **4.5.4.K.2 Kök Hücre Vericisi Kardeş Doğmasına Yönelik IVF Tedavisi**

(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak, bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT'un 4.5.4.K.1 numaralı maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum dışında preimplantasyon genetik tarama ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(2) Aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine başvurabilirler.

(3) Sağlık kurulu raporu ile belirlenen ilaç dozları için SUT'un 6.2.42.C maddesinde yer alan hükümler geçerlidir."

**MADDE 4-** SUT'un "Yol, Gündelik, Refakatçi, Ambulans Giderleri" başlıklı 5 numaralı maddesinin madde başlığı "Yol ve Gündelik Giderleri" şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 5-** SUT'un "Refakatçi Yemek ve Yatak Gideri" başlıklı 5.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "...SUT eki EK-8 listesinde yer alan "Refakat" puanı esas alınarak" ibaresinden sonra gelmek üzere "sağlık hizmeti sunucusunca fatura edilmesi halinde" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 6-** SUT'un "Yol Gideri ve Gündelik" başlıklı 5.2 numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının (c) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"Sevkin, SUT eki "Hasta sevk formu" (EK-4/A) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılmış olması gerekmekte olup sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmayacaktır. EK-4/A formunun elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenecektir."

b) İkinci fıkrasının (a) bendine son cümle olarak aşağıdaki cümle ilave edilmiştir.

"Organ naklinin gerçekleştirilememiş olması ilgili giderlerinin ödenmesine engel teşkil etmez."

c) İkinci fıkrasına (d) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

"e) İkinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerde, birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevkler ile ilgili yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak karşılanır."

**MADDE 7-** SUT'un "Yol gideri" başlıklı 5.2.1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasına (d) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

"e) Meslek hastalığı tedavisi ve/veya kontrolü nedeniyle meslek hastalığı hastanesine yapılan sevkler."

**MADDE 8-** SUT'un "Mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin yol giderlerinin ödenmesi" başlıklı 5.2.1.A numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasına son cümle olarak aşağıdaki ibare ilave edilmiştir.

"Sağlık kurulu raporlarının elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenecektir."

b) İkinci fıkrasının son cümlesinde yer alan "Ancak" ifadesi "Bu tedaviler için düzenlenen " olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 9-** SUT'un "Gündelik ücreti" başlıklı 5.2.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"Yatarak tedavilerde hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenecek olup, yatarak tedavi gördüğü diğer günlerde ayrıca gündelik ödenmez. Hasta ve refakatçisinin yemek ve yatak giderleri SUT'un 5.1. (1) maddesi doğrultusunda Kurumca ayrıca karşılanacaktır."

**MADDE 10-** SUT'un "Reçete ve Sağlık Raporlarının Düzenlenmesi" başlıklı 6.1.1 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) "Sağlık raporlarının düzenlenmesi" başlıklı 6.1.1.C numaralı alt maddesinin (1), (6) ve (10) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(1) Sağlık rapor formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve Medula sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır.

(6) Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği bulunan (ilacın kullanım dozu, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, ICD-10 kodu) sağlık raporları, bu düzeltmelerin aslına sadık kalmak kaydıyla; uzman hekim raporlarında, raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından yapılması, raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise; bu düzeltmelerin başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanması koşuluyla, düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren süresinin

sonuna kadar geçerlidir.

(10) Elektronik rapor uygulamasında; SUT'ta geçen uzman hekim ve sağlık kurulu raporu ifadeleri "E-Rapor", ıslak imza ve başhekimlik mührü ifadeleri de "elektronik imza" veya elektronik imza çalışmalarını tamamlanincaya kadar "Başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylama" olarak değerlendirilecektir."

b) "Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı" başlıklı 6.1.1.Ç numaralı alt maddesine aşağıdaki düzenleme (7) numaralı fıkra olarak ilave edilmiştir.

"(7) Tebliğdeki "1 aylık doz"; 28, 29 ve 30 günlük kullanım sürelerini ifade eder."

**MADDE 11-** SUT'un "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar (EK-2)" başlıklı 6.1.2 numaralı maddesine aşağıda yer alan düzenleme (6) numaralı fıkra olarak ilave edilmiştir.

"(6) Kurumca katılım payından muaf tutulan hastalıklar, hastalıkları tanımlayan ICD-10 kodları ve bu hastalıklarda kullanılacak ilaçlar, Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayımlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde belirtilmiştir."

**MADDE 12-** SUT'un "Subkutan/İntramuscular Metotreksat, Leflunomid, Altın Preparatları, Anti-TNF İlaçlar ve Rituksimab (Romatoid Artritte) Kullanım İlkeleri" başlıklı 6.2.1 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) "Subkutan/İntramuscular Metotreksat, Leflunomid, Altın Preparatları, Anti-TNF İlaçlar ve Rituksimab (Romatoid Artritte) Kullanım İlkeleri" başlıklı 6.2.1 numaralı maddenin başlığı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.2.1. Leflunomid, Altın Preparatları, Anti-TNF İlaçlar ve Rituksimab (Romatoid Artritte) Kullanım İlkeleri"

b) "Subkutan/intramuscular metotreksat" başlıklı 6.2.1.A alt maddesi çıkarılmıştır.

c) "Leflunomid" başlıklı 6.2.1.B alt madde numarası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.2.1.A- Leflunomid"

ç) "Altın preparatları" başlıklı 6.2.1.C alt madde numarası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.2.1.B- Altın preparatları"

d) "Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab ve abatasept kullanım ilkeleri" başlıklı 6.2.1.Ç numaralı alt maddenin ve 6.2.1.Ç-1, 6.2.1.Ç-2, 6.2.1.Ç-3 numaralı alt maddelerin madde numaraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab ve abatasept kullanım ilkeleri

6.2.1.C-1- Anti TNF (Tümör Nekrozis Faktör) ilaçlar

6.2.1.C-2- Rituksimab

6.2.1.C-3-Abatasept"

**MADDE 13-** SUT'un "Enteral beslenme ürünleri" başlıklı 6.2.8.A numaralı maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Yatan hastalar dışında, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnütrisyonu olanlar ve/veya malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile doğuştan metabolik hastalığı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu Tebliğ'in yürürlük tarihinden önce düzenlenen uzman hekim raporları süresi sonuna kadar geçerlidir."

**MADDE 14-** SUT'un "Cinacalcet kullanım ilkeleri" başlıklı 6.2.9.D numaralı maddesinin (3) ve (4) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değerleri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından en fazla 3 ay öncesine ait Ca ve PTH değerleri reçete üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuçlarının reçete üzerinde belirtilmesi gerekmektedir."

**MADDE 15-** SUT'un "Lizozomal Hastalıklar İçin Tedavi İlkeleri" başlıklı 6.2.10 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) "Rapor ve reçeteleme koşulları" başlıklı 6.2.10.B.2 alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

b) "Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri" başlıklı 6.2.10.C.1 numaralı alt maddesinin (f) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"f) Tip I Mukopolisakkaridozda; Kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir."

c) "Rapor ve reçeteleme koşulları" başlıklı 6.2.10.C.2 numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman

hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

ç) “Rapor ve reçeteleme koşulları” başlıklı 6.2.10.Ç.2 numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.”

d) “Enzim Tedavi Kriterleri” başlıklı 6.2.10.D.1 numaralı alt maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.10.D.1- Tedavi Kriterleri”

e) “Rapor ve reçeteleme koşulları” başlıklı 6.2.10.D.2 numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.”

**MADDE 16- SUT**’un “Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulin (IVIg) ler” başlıklı 6.2.12.B numaralı maddesinin (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Sağlık Bakanlığınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez)”

**MADDE 17- SUT**’un “Hepatit Tedavisi” başlıklı 6.2.13 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“a) Erişkin Hastalarda; Karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 6 veya fibrozis $\geq$ 2,”

b) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (3) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(3) Erişkin hastalarda İnterferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBeAg negatif olan ve HBV DNA  $\leq 10^7$  kopya/ml olan hastalar ile HBeAg pozitif olan ve HBV DNA  $\leq 10^9$  olan hastalarda kullanılabilir. İnterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.”

c) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (5) numaralı fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“a) HBV DNA  $\leq 10^7$  kopya/ml (2.000.000 IU/ml) ise günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir.”

ç) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (6) numaralı fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA’nın pozitifleşmesi veya HBV DNA’nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Başka bir antiviralden lamivudine geçişte ve entekavir veya adefovir tedavisinden tenofovir tedavisine geçişte bu koşullar aranmaz. Lamivudin veya telbivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.”

d) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (7) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(7) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması

a) Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.

b) Oral antiviral tedavi, HBsAg negatif hastalarda Anti- HBs pozitifleştikten sonra en fazla 12 ay daha sürdürülür.”

e) “Kronik Hepatit C tedavisi” başlıklı 6.2.13.E-2 numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) HCV RNA’sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.”

**MADDE 18- SUT**’un “Kanser Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.14 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Bevacizumab, fotemustin, gefinitib, İnterleukin-2, octreotid, lanreotid, setuksimab, streptozosin; Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2 nci ve 3 üncü basamak sağlık tesislerinde tüm uzman hekimlerce reçete edilir.”

b) “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C numaralı alt maddesinin (3) numaralı fıkrasının (a) bendinin başlığı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“a) Trastuzumab; HER- 2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda;”

c) “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C numaralı alt maddesinin (3) numaralı fıkrasının (a) bendinin 2 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“2- Erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda; 9 haftalık tedaviden sonra “Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu”nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlığı’na gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.”

ç) “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C numaralı alt maddesinin (3) numaralı fıkrasının (n) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“n) Lenalidomid; en az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan aşağıda belirtilen durumlardan birinin olması halinde; hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3. ay sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3. ay sonunda en az minör yanıt, 6. ay sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi bir yıla tamamlanabilir.

1-Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı durumlarda,

2-Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde”

d) “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C numaralı alt maddesinin (3) numaralı fıkrasına aşağıdaki düzenleme (ö) bendi olarak ilave edilmiştir.

“ö) Raltitredin;

1-Kolorektal kanser hastalarına tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2 nci ve 3 üncü basamak sağlık tesislerinde tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2-Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.”

e) “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C numaralı alt maddesinin (3) numaralı fıkrasına aşağıdaki düzenleme (p) bendi olarak ilave edilmiştir.

“p) Everolimus; Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir.”

**MADDE 19-SUT’un “Klopidogrel” başlıklı 6.2.15.A numaralı alt maddesinin (1), (2) ve (4) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.**

“(1) Koroner artere stent uygulanacak hastalarda; kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmez miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın reçete edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz veya bu uzman hekimlerce düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemi yapan radyoloji uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.”

**MADDE 20- SUT’un “Osteoporoz” başlıklı 6.2.17.A numaralı alt maddesinin (5) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.**

“(5) Bifosfanat grubu ilaçlar; iç hastalıkları, FTR, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.”

**MADDE 21- SUT’un “Amfoterisin-B, Kaspofungin, Anidilofungin, Vorikonazol, Posakonazol, Itrakonazol**

(İnfüzyon ve Solüsyon) Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.23 maddesinin (3) numaralı fıkrasının (b) alt bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“b) Hematolojik malignitesi olan veya kemik iliği transplantasyonu yapılan ve nötropeni geliştirmesi beklenen (<500 hücre/ml) hastalardaki derin fungal (mantar) enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.”

**MADDE 22-** SUT’un “Solunum Sistemi Hastalıkları İlaçları Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.24 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde” başlıklı 6.2.24.C numaralı alt maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.24.C- Alerjik rinit (mevsimsel, yıl boyu devam eden (pereniyal), birlikte seyreden astım dahil) tedavisinde;”

b) “Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde” başlıklı 6.2.24.C numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Montelukast ve antihistaminik kombinasyonları, kulak burun boğaz uzman hekimleri, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, alerji uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.”

c) “Alerjik rinit ile birlikte seyreden astım tedavisinde” başlıklı 6.2.24.D numaralı alt maddesi çıkarılmıştır.

**MADDE 23-** SUT’un “Faktör ve Diğer Kan Ürünlerinin Reçete Edilme İlkeleri” başlıklı 6.2.27 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu” başlıklı 6.2.27.D numaralı alt maddesinin madde numarası “6.2.27.E” olarak değiştirilmiştir.

“6.2.27.E -Hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu”

b) Aşağıda yer alan düzenleme “Eltrombopag Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.27.D numaralı alt madde olarak ilave edilmiştir.

“6.2.27.D- Eltrombopag Kullanım İlkeleri

(1)Tedaviye başlama kriterleri: Splenektomi kontrendikasyonu olan veya splenoktemi sonrası nüks eden olgularda; kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almış olup, yanıtı olmayan ve trombosit sayısı 30.000 in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye başlanır. Hematoloji uzman hekim tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri de belirtilir.

(2)Günlük tedavi dozu 50 mg dır. 2 haftalık tedaviye rağmen trombosit sayısının 50.000 in altında olması durumunda doz 75 mg a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 200.000 i aşması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg a düşürülür. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir.

(3) Sonlandırma Kriterleri:Trombosit sayısının 400.000 in üzerine çıkması veya günlük 75 mg lık tedavi dozuna rağmen 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000 in altında kalması durumunda; tedavi sonlandırılır.

(4) Tedaviye yeniden başlama kriteri: Trombosit sayısı 400.000 i aştığı için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 150.000 in altına düştüğünde 25 mg lık günlük doz ile tedaviye başlanır. Bu grup hastaların sağlık raporlarında ayrıca tedaviye başlangıç kriterleri ve başlangıç tarihi belirtilir.

(5) Sağlık raporlarında hastanın TÜFAM’ a kaydının yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir.”

**MADDE 24-** SUT’un “Statinler ve statin dışındaki lipit düşürücü ilaçlar” başlıklı 6.2.28.A numaralı alt maddesinin (1) numaralı fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“b) Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde yapılmış kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları belirtilir.”

**MADDE 25-** SUT’un “Makula Dejenerasyonunda Kullanılan İlaçların Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.33 numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.33. Yaş Tıp Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonunda Kullanılan İlaçların Kullanım İlkeleri”

**MADDE 26-** SUT’un “Nöropatik Ağrı İlaç Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.35 numaralı maddesinin (1) ve (2) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

**MADDE 27-** SUT’un “Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç Kullanımına İlişkin Düzenlemeler” başlıklı 6.2 numaralı maddesine aşağıdaki düzenlemeler 6.2.41 ve 6.2.42 numaralı maddeler olarak ilave edilmiştir.

“6.2.41. Parenteral Demir Preparatları Kullanım İlkeleri:

(1) Parenteral demir preparatları aşağıda yer alan durumlarda bu durumların belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

1- İntestinal malabsorbsiyon sendromları

- 2- Kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları
- 3- Aktif GIS kanaması olan hastalar
- 4- Hemodiyaliz hastaları
- 5- Total ve subtotal gastrektomili hastalar
- 6- Atrofik gastritli hastalar
- 7- Oral demir alımını tolere edemeyen hamileler

6.2.42. İn vitro Fertilizasyon (IVF), Ovulasyon İndüksiyonu (OI) ve İntrauterin İnseminasyonu (IUI) İşlemlerinde İlaç Kullanım İlkeleri:

6.2.42.A.OI ve/veya IUI işlemi

(1)Evlili olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına uygulanan "OI ve/veya IUI" tedavilerine ilişkin giderlerin Kurumca ödenebilmesi için;

- a) Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,
- b) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması, şartlarının birlikte sağlanmış olması gerekmektedir.

(2) Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kaçınıcı deneme olduğu, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(3) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 (altı) ay içinde tedaviye başlanmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(4) Birinci uygulamadan sonraki "OI ve/veya IUI" tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(5) İlaçlar, düzenlenen rapora istinaden tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusu kadın hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilecektir.

(6) İlaçların kullanım dozları aşağıda belirtilmiştir.

a) Standart hasta grubunda (Açıklanamayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (siklus) başına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir.

b) Kadın infertilitesinde anovulasyonla birlikte seyreden aşağıdaki durumlar, OI ve/veya IUI işleminde istisnai haller olarak kabul edilir.

1) Polikistik Over Sendromu (PCOS): En az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt alınamayan (ovulasyon sağlanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

2) Hipogonadotropik hipogonadizm : Hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

6.2.42.B. IVF işlemi

(1) IVF işleminde; SUT'un 4.5.4.K.1 maddesine uygun olan hastalarda ilaç kullanım esasları aşağıda belirtilmiştir.

a) SUT'un 4.5.4.K.1.2 maddesinde belirtilen IVF tedavisi kurallarına göre düzenlenmiş raporlarda ayrıca hastanın kullanacağı ilaç ile ilgili aşağıda belirtilen durumlar hakkındaki bilgiler de yer alacaktır.

1) Normal ovaryan yanıtı hasta grubunda en fazla 2 uygulama, toplam 6000 IU gonadotropin ödenir. Bu grup hastalarda; IVF tedavisi öncesi IUI işlemi yapılmış olması şartı aranır.

2) Kötü ovaryan yanıtı veya düşük ovaryan rezervli hasta grubunda; en fazla 2 uygulama, siklus başı 4500 IU ye kadar toplam 9000 IU gonadotropin ödenir. Ayrıca bu grup hastalarda; IVF tedavisi öncesi IUI işlemi yapılmış olması şartı aranmaz.

b) SUT eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla IVF tedavisi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilen ilaçlar, tedavinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçete edilecektir.

6.2.42.C.Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar

(1)Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar; SUT'un 4.5.4.K.2 maddesi koşullarına uyan ve söz konusu maddede belirtilen sağlık kurulu raporuna istinaden IVF tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçeteye yazılabilecektir. Her bir IVF denemesine ilişkin olarak kullanılacak gonadotropin dozu en fazla 3000 IU olacak ve raporda belirtilecektir.

6.2.42.D. IVF, OI ve IUI işlemleri

(1) IVF, OI ve IUI işlemlerinde; Ovülasyon tetiklemesi için kullanılan hCG (human korionik gonadotropin) maksimum dozun dışında olup 10000 üniteyi geçemez. IVF, OI ve IUI işlemlerinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir."

**MADDE 28** - SUT'un " Uygulanacak İndirim Oranları" başlıklı 6.4.1. numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.4.1. Uygulanacak İndirim Oranları

(1) İlaçlara kamu kurum iskontosu olarak % 4 ve % 11 baz iskonto uygulanır.

(2) Depocuya satış fiyatı 3,56 TL'nin altında olan ilaçlar için baz iskonto % 4 oranında uygulanır.

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından 3/12/2010 tarihine kadar yapılmış olan düzenlemeler esas



alınacaktır. Bu tarihten sonra oluşabilecek grup değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık olarak belirlenmiş ilaçlardan depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin üzerinde olan ilaçlara referans fiyat alana kadar % 40 (baz iskonto % 11+ % 29 ilave iskonto), referans fiyat aldıktan sonra % 28 (baz iskonto % 11+ % 17 ilave iskonto) iskonto uygulanacaktır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlar için iskonto % 41 (baz iskonto % 11+ % 30 ilave iskonto), jeneriği olan orijinal ilaçlar için iskonto % 28 (baz iskonto % 11+ % 17 ilave iskonto) olarak uygulanacaktır.

(6) Jenerik ilaçlar için % 28 (baz iskonto % 11+ % 17 ilave iskonto) iskonto uygulanacaktır.

(7) Referansın altında fiyat almış jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ile orijinal olmayan jenerik ilaçlar için yapılacak mahsuplaşma işleminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskontolar da dikkate alınacaktır.

(8) Mevcut iskontosuna baz iskonto+ilave iskontonun üzerinde olan ilaçlardan jeneriği olmayan orijinal ilaçlara mevcut iskontosuna ek olarak % 8,5, diğer ilaçlara ise % 7,5 oranında iskonto uygulanır. (İlave iskonto uygulaması kapsamında olmayan ilaçlar hariç.)

(9) 20 yıldan eski ilaç statüsü kazanmış ve depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin altında olan ilaçlar, depocuya satış fiyatı 3,56 TL'nin altında olan bütün ilaçlar, reçetesiz ilaçlar, kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler, enteral beslenme ürünleri ile Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayımlanan SUT eki EK-2/D Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5), (6) ve (7) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(10) Piyasaya verilecek mevcut "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünün "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" ne kabulü halinde, giriş iskontosu, listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile bütçe disiplini açısından uygulanacak orta vadeli mali programın kapsamındaki ilave iskontolardan muaf tutulur. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(11) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre imalatçı/ithalatçı indirimi ile % 3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde gösterilen imalatçı/ ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır."

**MADDE 29 - SUT'** un "Eşdeğer İlaç Uygulaması" başlıklı 6.4.2 numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(2) Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılacak aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin % 10 fazlasına kadarı dikkate alınacaktır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dâhil olan ilaçlar arasından en az % 1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir."

b) Üçüncü fıkrasının (ç) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"ç) Bulunan en ucuz fiyata % 10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur."

**MADDE 30- SUT'** un "Reçetelerin Geçerli Olduğu Süre" başlıklı 6.5.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(2) Sağlık raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, SUT eki EK-2 Listesinde bulunan veya bulunmayan (kür ve tedavi planı olan ilaçlar hariç) ilaçlar, ilaç bitim tarihinden 15 gün öncesinde verilebilir."

**MADDE 31- SUT'** un "Tıbbi Malzeme Temin Esasları" başlıklı 7.1 numaralı maddesinin on sekizinci fıkrasında yer alan "Chondrotissue Bioabsorbabile" ifadesi çıkartılmıştır.

**MADDE 32- SUT'** un "Yara bakım ürünleri" başlıklı 7.3.4. numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasının (b) bendine ikinci cümle olarak aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Ancak "epidermolysis bullosa" hastalığında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde (eğitim verme yetkisi olan klinik) dermatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince sağlık kurulu raporu düzenlenecektir."

b) Altıncı fıkrasına ikinci cümle olarak aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Ancak "epidermolysis bullosa" hastalığında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için, resmi sağlık tesislerinde görev yapmakta olan dermatoloji veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir."

c) Dokuzuncu fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(9) Ayaktan tedavide sadece, tedavi edici etkisini hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünleri ile "epidermolysis bullosa" hastalığında kullanılması şartıyla gazlı bez ve çeşitleri, sargı bezi ve çeşitleri, petrolatum/ parafin emdirilmiş leno bez dokuma, yapışmayan köpük örtüler, yapışmayan film örtüler, yapışmayan prokolloidler grubu yara bakım ürünleri Kurumca karşılanır."

**MADDE 33-** SUT'un 7.3.8 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**“7.3.8. Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler**

**7.3.8.A- Gözlük cam ve çerçevesi**

(1) Göz hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak gözlük camları ile çerçevenin temininde aşağıdaki açıklamalar doğrultusunda işlem yapılacaktır.

(2) Gözlük cam ve çerçeveleri, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Kurumla optik sözleşmesi imzalayan sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilecektir.

(3) Gözlük camlarının temininde, SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” (EK-6) esas alınacak ve ödemeler buna göre yapılacaktır. Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilecektir.

(4) Teleskopik gözlük, Kontakt lens ve yakın okuma kepleri nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme olarak değerlendirilir. Prizmatik gözlük camları nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme olarak değerlendirilmez.

(5) Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla bu fıkrada belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri, SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-6) yer alan fiyatları aşmamak üzere ödenir.

(6) Hasta tarafından SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” ndeki (EK-6) camlar dışında ayrı çap, cins, marka ve fiyatta cam istenmesi halinde alınan reçeteye göre bu listedeki normal camların tutarı kadar karşılanır.

(7) Gözlük camı ve çerçeve 3(üç) yılı geçmeden yenilenmez. Ancak görmede 0.5 diyoptrilik değişiklik olması halinde süresinden önce gözlük camı yenilenebilir.

(8) Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen gözlük cam ve çerçevelerinin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenir.

**7.3.8.B-Teleskopik gözlük**

(1) Doğuştan var olan bozukluklar, kalıtsal hastalıklar, yaralanmalar, şeker hastalığı, glokom, katarakt ve yaşlanmaya bağlı az gören (iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında) hastalarda kullanılan materyallerden biri olup üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göz hastalıkları uzmanı tarafından tanzim edilen reçetelere istinaden teleskopik gözlük bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporunda zeminde yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak görme işlevlerindeki bozulma, reçetede uzak, yakın, uzak-yakın ifadesi olması, büyütme gücü (x olarak), fiks fokus veya fokusable (foküslenebilir) olma durumu belirtilmelidir.

(3) Teleskopik gözlükler sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 3 (üç) yılda bir yenilenebilir. Çocuklarda bu süre sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 1 yıldır.

(4) Gerekli hallerde yakın için kapak (cap) tek veya iki göz için yazılabilir, bu gibi durumlarda ayrıca yakın teleskopik gözlük ödenmez.

**7.3.8.C- Kontakt Lensler**

(1) Kontakt lens bedelleri sadece;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda,

b) Keratakonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

bu durumlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-6) yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Lenslerin yenilenme süresi 2 (iki) yıldır. Ancak, konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş 6 yaşına kadar olan çocuk olgularda 6 (altı) ayda bir yenilenmesi halinde de bedelleri Kurumca karşılanır. Ayrıca 6 yaşından sonra afaki devam etmesi halinde bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi şartıyla aylık sık replasmanlı kontakt lenslerin bedeli Kurumca karşılanır. İlk verilen afaki raporu 2 yıl geçerlidir.

(3) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgular hariç kontakt lens kullanan hastalara ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedeli ödenmez.

(4) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.”

**MADDE 34-** Aşağıdaki düzenleme SUT'un “Bazı Tıbbi Malzemelerin Temin Edilme Esasları” başlıklı 7.3 numaralı maddesine 7.3.29 numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

**“7.3.29. Göz Protezleri**

(1) Göz protezleri hareketli bir malzeme olmayıp, göz protezinin hareketi, hastanın daha önce geçirdiği cerrahi müdahale ile ilgilidir.

(2) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen, en az bir göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi halinde göz protez bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) 5 (beş) yaşına kadar olan hak sahiplerine (çocuklarda 5 (beş) yaşına kadar orbita gelişimi tamamlandığından)

sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde yılda bir, 5 (beş) yaşından büyük hak sahiplerine ise sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde üç yılda bir göz protezinin bedeli Kurumca karşılanır. Ancak her iki halde de sağlık kurulu raporunda protezin değiştirilme gerekçesi belirtilmelidir.”

**MADDE 35 – SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-2) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.**

- a) “Kanser” başlıklı (2) numaralı maddesinin 2.6 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“2.6. Enteral beslenme ürünleri”
- b) “Kronik böbrek hastalıkları, organ ve doku nakli” başlıklı (3) numaralı maddesinin 3.17 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“3.17. Enteral ve parenteral beslenme solüsyonları”
- c) 3 numaralı maddesine 3.19. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.  
“3.19. Chlorthalidone\*”
- ç) “Doğuştan kalp hastalıkları” başlıklı (4.6) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“4.6.1. Antiagreganlar  
4.6.2. Antikoagülanlar  
4.6.3. Beta blokerler  
4.6.4. Diüretikler  
4.6.5. Digoxin  
4.6.6. Angiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve reseptör blokerleri”
- d) “Pulmoner hipertansiyon” başlıklı (4.10) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme 4.10.7 maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“4.10.7. Kalsiyum kanal blokerleri”
- e) “Raynaud hastalığı” başlıklı (4.11) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme 4.11.3 maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“4.11.3. Pentoksifilin”
- f) “Uzun süreli kalp ve damar hastalıkları” başlıklı (4) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme 4.13 maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“4.13. Kronik romatizmal kalp hastalığı  
4.13.1. Antiagreganlar  
4.13.2. Asetil salisilik asit (pediatrik yaş grubunda efervesan formları dahil)  
4.13.3. Kortikosteroidler  
4.13.4. Antikoagülanlar  
4.13.5. Antiaritmikler  
4.13.6. Digoxin  
4.13.7. Beta blokerler  
4.13.8. Angiotensin reseptör blokerleri ve kombinasyonları  
4.13.9. ACE inhibitörleri ve kombinasyonları  
4.13.10. Benzatin penisilin  
4.13.11. Diüretikler”
- g) “İnflamatuvar barsak hastalıkları” başlıklı (6.3) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme 6.3.10 maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“6.3.10. Enteral beslenme ürünleri (sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)”
- ğ) “Kronik karaciğer hastalıkları” başlıklı (6.4) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme 6.4.5 maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“6.4.5. Enteral beslenme ürünleri (sadece K74 ve alt kodlarında malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)”
- h) “Koroziv gastrointestinal yanıklar” başlıklı (6.5) numaralı maddesinin 6.5.1 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“6.5.1. Beslenme ürünleri”
- ı) “Ekzokrin pankreas bozuklukları” başlıklı (6.7) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (6.7.3) maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“6.7.3. Enteral beslenme ürünleri (sadece K86.1 kodunda malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)”
- i) “Hiperparatiroidi” başlıklı (7.3.2) numaralı maddesinin (7.3.2.2) ve (7.3.2.3) numaralı alt maddeleri aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“7.3.2.2. Cinacalcet \*  
“7.3.2.3. Parikalsitol \* ”
- j) “Kemik hastalıkları” başlıklı (7.5) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (7.5.3) alt maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“7.5.3. İdiyopatik masif osteoliz (Gorham Hastalığı)  
7.5.3.1 Bevacizumab \*”

- k) “Yalnızca bu hastalıkların tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar” başlıklı (8.2) numaralı maddesinin (8.2.13) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“8.2.13. Enteral beslenme ürünleri”
- l) “Yalnızca bu hastalıkların tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar” başlıklı (8.2) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (8.2.16) alt maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“8.2.16. Eltrombopag \*”
- m) “Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar” başlıklı (9.2) numaralı maddesine aşağıdaki düzenlemeler (9.2.21), (9.2.22) ve (9.2.23) alt maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“9.2.21. Non-steroid yapılı antiinflamatuvarlar  
9.2.22. Tocilizumab (sadece romatoid artrit hastalığında muafiyet kapsamındadır.)  
9.2.23. Abatasept (sadece romatoid artrit hastalığında muafiyet kapsamındadır.)”
- n) 10.4. numaralı maddesine 10.4.23. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.  
“10.4.23. Sodiumoxybate\*”
- o) “Demans” başlıklı (10.7) numaralı maddesinin (10.7.3) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“10.7.3. Antipsikotikler (G30 ve alt kodlarında endikasyon uyumu aranacaktır.)”
- ö) “Psikiyatrik hastalıklar” başlıklı (11) numaralı maddenin (11.1.1), (11.1.3), (11.2.3), (11.3.1), (11.3.3), (11.4.1) ve (11.4.3) numaralı alt maddeleri aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“11.1.1. Antidepresanlar  
11.1.3. Antipsikotikler  
11.2.3. Antipsikotikler  
11.3.1. Antidepresanlar  
11.3.3. Antipsikotikler  
11.4.1. Antidepresanlar  
11.4.3. Antipsikotikler ”
- p) “Kuru göz sendromu (Schimer testi 5 mm. ve altında olacak)” başlıklı (12.3) maddesinin alt madde numaraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.  
“12. 3.1. Suni Gözyaşları  
12. 3.2. Siklosporin topikal preparatları”
- r) 13.1. numaralı maddesine 13.1.8. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.  
“13.1.8. Tazarotene\*”
- s) 13.1. numaralı maddesine 13.1.8. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.  
13.1.9. Kolşisin”
- ş) “Pyoderma gangrenosum” başlıklı (13.8) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (13.8.2) alt maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“13.8.2. Kortikosteroidler”
- t) 15.1. numaralı maddesine 15.1.4. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.  
“15.1.4. Tafamidis Meglumine\*”
- u) “Behçet hastalığı” başlıklı (15.2) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (15.2.6) alt maddesi olarak ilave edilmiştir.  
“15.2.6. Anti-TNF \*”
- ü) “Sarkoidosis” başlıklı (15.3) numaralı maddesine aşağıdaki düzenlemeler (15.3.2), (15.3.3) ve (15.3.4) alt maddeleri olarak ilave edilmiştir.  
“15.3.2. Anti-TNF \*  
15.3.3. Immunsupresifler \*  
15.3.4. Bronkodilatörler \* ”
- v) 15.4.1. numaralı maddesine 15.4.1.4. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.  
“15.4.1.4. İyonik Magnezyum\*”
- y) “Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar. MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomiyelopati)” başlıklı (15.4) numaralı maddesine aşağıdaki düzenlemeler (15.4.3) alt madde olarak ilave edilmiştir.  
“15.4.3. Herediter anjioödem Tip 3  
15.4.3.1. Danazol \*  
15.4.3.2. Traneksamik asit \*  
15.4.3.3. İcatibant \* ”
- z) “Kistik fibrozis (Mukovizidozis)” başlıklı (15.5) numaralı maddesine aşağıdaki düzenlemeler (15.5.4) ve (15.5.5) alt maddeler olarak ilave edilmiştir.  
“15.5.4. Enteral beslenme ürünleri (sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)  
15.5.5. Makrolid grubu antibiyotikler”
- aa) “Alerjik hastalıklar” başlıklı (15.6) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (15.6.2) alt madde olarak ilave edilmiştir.

“15.6.2. Adrenalin otoenjektör”

bb) “Nörojenik mesane” başlıklı (15.11) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (15.11.6) alt madde olarak ilave edilmiştir.

“15.11.6. Solifenasin”

cc) “Ailesel (herediter) oto inflamatuvar hastalıklar (FMF ve muckle wells sendromu)” başlıklı (15.13) numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme (15.13.2) alt madde olarak ilave edilmiştir.

“15.13.2. Tocilizumab \*”

dd) “Pierre Robin sendromu” başlıklı (15.14) numaralı maddesinin (15.14.1) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“15.14.1. Enteral beslenme ürünleri”

ee) “Diğer hastalılar” başlıklı (15) numaralı maddesine aşağıdaki düzenlemeler (15.15) ve (15.16) alt maddeler olarak ilave edilmiştir.

“15.15 Gastrostomi durumu

15.15.1 Enteral beslenme ürünleri

15.16 Periyodik Ateş

15.16.1 Canakimumab \*”

**MADDE 36-** SUT eki “Sistemik Antimikrobik Ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi”nde (Ek-2/A) aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Sefalosporinler” başlıklı (3. Kuşak Sefalosporinler ) işaretli maddenin (10) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

10	Sefdinir	UH-P (600 mg lik formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1)
----	----------	---

b) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddenin (10) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

10	Sadece üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma endikasyonlarında ödenir)
----	-------------------------------	--

c) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddenin (8) numaralı alt maddesi uygulamadan kaldırılarak aşağıda yer alan düzenleme aynı madde numarası olarak yeniden düzenlenmiştir.

8	Allantoin+ heparin+extractum cepae içeren kombine preparatlar	Plastik cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir.
---	---	---

ç) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddenin (16) numaralı alt maddesi uygulamadan kaldırılmıştır.

16	Mülga	Mülga
----	-------	-------

d) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddenin (20) numaralı alt maddesi uygulamadan kaldırılarak aşağıda yer alan düzenleme aynı madde numarası olarak yeniden düzenlenmiştir.

20	Siklopentolat HCL, Tropikamid, Fenilefrin HCL içeren göz damlaları	Göz hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. (Sağlık Bakanlığınca belirlenen diğer kurallara uyulacaktır.)
----	--	--

**MADDE 37-** SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-2/B) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a)50 numaralı maddeye aşağıdaki düzenleme (50.3) numaralı alt madde olarak ilave edilmiştir.

“50.3. Adenozin 250 mg/50 ml: Yalnızca diğer farmakolojik stres ajanlarının uygulanmadığı olgularda, miyokardiyal radyoizotop taraması (talyum yada teknesyum) yada ekokardiyografi ile birlikte kalp iskemisinin farmakolojik olarak provokasyonunda bu durumun tabelada belirtilmesi koşuluyla; test başına en fazla 1 flakon kullanılabilir.”

b)Aşağıda yer alan düzenleme (53) numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

“53. Alprostadil 500 mcg/ml (Uzman hekimlerce)”

**MADDE 38-** SUT eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-2/C) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a)10 numaralı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“10.Gonadotropinler (FSH, LH, HCG kombinasyonları) ve Gonadotropinleri etkileyen ilaçlar (Ganireliks, Setroreliks) (IVF, IUI, OI tedavilerinde 6.2.42 maddesi esasları geçerlidir.) (Çocuk cerrahisi uzmanı hekimlerince de reçete edilebilir)”

b)22 numaralı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“22- Mesalazin”

c)37 numaralı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“37.İloprost trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil 20 mcg/ml; (Üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik raporları eklenmiş; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediatrik kardiyoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporu ile yalnızca bu uzman hekimlerce)”

ç) 51 numaralı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“51.Anjiyotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil): uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.)”

**MADDE 39 -** SUT eki “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-2/G) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) “1111111100719” barkod numaralı “Prezista 600 Mg 120 Tb.” isimli ilaç listeden çıkartılmıştır.

b) Fiyatları güncellenen ve listeye eklenen ilaçlar ile fiyatları, bu Tebliğ eki (1) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 40-** SUT eki “Hasta Sevk Formu (EK-4/A)” bu Tebliğ eki (2) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 41-** SUT eki “Kurumca Bedeli Karşılancak Ortopedi Ve Travmatoloji Branşında Yer Alan Artroplastik Alanı Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/F) ‘nde yapılan düzenlemeler aşağıda belirtilmiştir.

a) Listede “100.112” kodu ile yer alan ASETABULAR CUP (vida yeri tıkaçı dahil) isimli malzemenin “Materyal” bölümünde yer alan ibare “COCR/TITANYUM” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede “Materyal” bölümünde sadece “COCR” veya sadece “TITANYUM” olarak yer alan ibareler “COCR/TITANYUM” şeklinde değiştirilmiştir.

c) Listede “100.854”, “100.855” ve “100.856” kodları ile yer alan tıbbi malzemelerin “Ürün Tanımları” bölümleri “Radius başı komponenti (radius başı ve stem)” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) Listede “100.106, 100.107, 100.151, 100.152, 100.405, 100.406, 100.552, 100.553, 100.613, 100.615, 100.665, 100.707, 100.708, 100.807” kodları ile yer alan tıbbi malzemelerin “Materyal” bölümlerinde yer alan mevcut ibarelerden sonra gelmek üzere, “, SEQUENTIAL HIGHLY CROSS LINKED POLİETİLEN vb.” ibareleri eklenmiştir.

d) Listede “100.800, 100.801, 100.802, 100.803, 100.806, 100.807, 100.808, 100.809” kodları ile yer alan tıbbi malzemelerin “Tasarım Özellik” bölümlerindeki “/ TERS PROTEZ DAHİL” dahil ibareleri çıkarılmıştır.

e) Listede “100.350” kodu ile yer alan tıbbi malzemenin “Tasarım Özellik” bölümündeki “150-200 MM” ibaresi “150 MM ve üzeri” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 42-** SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-6) yapılan düzenlemeler aşağıda belirtilmiştir.

a) Listede “GZ.11070” SUT kodu ile yer alan malzemenin ismi “Prizmatik tek” şeklinde, “GZ.11080” SUT kodu ile yer alan malzemenin ismi ise “Prizmatik çift” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listeye eklenen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler bu Tebliğ eki (3) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 43-** Bu Tebliğin;

a) 1 inci maddesinin (a) bendi 02/5/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 5 inci maddesi 01/3/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 11 inci maddesi bu Tebliğin yayım tarihinden 30 gün sonra,

ç) 10, 12 ila 30, 35 inci maddesinin (c), (n), (r), (t) ve (v) bentleri hariç diğer bentleri, 36 ila 38 numaralı maddeleri bu Tebliğin yayım tarihinden 5 iş günü sonra,

d) 35 inci maddesinin (c), (n), (r), (t) ve (v) bentleri, 39 uncu maddesinin (b) bendinde belirtilen bu Tebliğ eki (1) numaralı listede 1, 2, 24 ve 28 sıra numarası ile yapılan düzenlemeler hariç olmak üzere 39 uncu maddesi ile 42 nci maddesinin (b) bendi, 04/10/2011 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

e) 39 uncu maddesinin (b) bendinde belirtilen bu Tebliğ eki (1) numaralı listede 1 sıra numarası ile yapılan düzenleme 04/04/2011 tarihinden, 2 sıra numarası ile yapılan düzenleme 30/03/2011 tarihinden, 24 sıra numarası ile yapılan düzenleme 31/05/2011 tarihinden, 28 sıra numarası ile yapılan düzenleme 06/06/2011 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

f) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 44-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

Liste – 1

YURT DIŞI İLAÇ FİYAT LİSTESİ (EK-2/G)					
	BARKODU	İLAÇ ADI	ETKEN MADDE	EŞDEĞER GRUBU	FİYATI
1	1111111100716	YONDELIS 1 MG.1 FLK.	Trabectedin 1 mg. Flk.	I298A	2.370,00 €
2	1111111100799	MULTAQ 400 MG. 60 TB.	Dronedarone 400 mg. Tb.	I342A	106,55 €
3	1111111100867	KRYSTEXXA 8 MG/ML 1x1 AMP.	Pegloticase 8 mg/ml amp.	I386A	2.277,00 €
4	1111111100868	WICK HUSTEN SIRUP 20 MG. 180 ML.	Dextromethorphan 20 mg. Şurup	I055B	11,40 €
5	1111111100869	HUMULIN R U-500 IU 2,5 MG/ML 20 ML FLK.	Concentrated human regular insuline 2,5 mg/ml flk	I374A	345,00 €
6	1111111100870	ARGININE VEYRON 5 ML 1X20 AMP.(ORAL)	L-Arginine chlorhydrate 5 ml. Amp.(Oral)	I014D	3,60 €
		CUVPOSA 1 MG/5 ML ORAL	Glycopyrrolate 1 mg/5 ml		

7	1111111100871	SOLUSYON 1X473 ML.	sol.	I079B	388,00 €
8	1111111100872	TAFAMIDIS MEGLUMINE 20 MG. 30 CAPS.	Tafamidis Meglumine 20 mg. Caps.	I379A	11.250,00 €
9	1111111100873	CEPROTIN 500 IU 1 AMP.	Protein-C concentrate 500 IU amp.	I381A	1.031,10 €
10	1111111100027	PENTAGASTRIN 500 MCG/2 ML 5 AMP.	Pentagastrin 500 mcg/2 ml amp	I129A	431,80 €
11	1111111100874	NEULASTIM 6 MG/0,6 ML. 1 VIAL	Pegfilgrastim 6 mg/0,6 ml amp.	I389A	445,00 €
12	1111111100875	SAMSCA 30 MG 10 TB.	Tolvaptan 30 mg tb.	I341B	910,00 €
13	1111111100876	GILENYA 0,5 MG 28 CAPS.	Fingolimod 0,5 mg. Caps.	I390A	1.995,00 €
14	1111111100877	ARZERRA 100 MG. 3X5 ML. FLK.	Ofatumumab 100 mg. Flk.	I391A	874,70 €
15	1111111100878	ARZERRA 100 MG. 10X5 ML. FLK.	Ofatumumab 100 mg. Flk.	I391A	2.835,40 €
16	1111111100879	ANANDRON 150 MG 30 TB.	Nilutamide 150 mg. Tb.	I392A	120,00 €
17	1111111100880	MEPACT 4 MG POWDER FOR INFUSION 1 VIAL	Mifamurtide 4 mg infüzyon için toz	I393A	2.917,00 €
18	1111111100881	ZORAC GEL %0,1 60 G.	Tazarotene %0,1 60 g. jel	I394A	36,90 €
19	1111111100882	FOLOTYN 20 MG/ML VIAL	Pralatrexate 20 mg/ml amp.	I395A	2.319,04 €
20	1111111100883	PHENYLADE PHEBLOC 750 MG 1X550 TB.	Large Neutral Aminoacids 750 mg tb.	I235A	280,00 €
21	1111111100884	PROLIA 60 MG INJ. SOLUTION 1X1 SYRINGE	Denosumab 60 mg. Sol.	I396A	285,00 €
22	1111111100885	HYGROTON 25 MG. 100 TB.	Chlorthalidone 25 mg. Tb.	I397A	5,90 €
23	1111111100886	INVIRASE 500 MG 120 TB.	Saquinavir Mesylate 500 mg tb.	I148B	418,80 €
24	1111111100142	INVIRASE 200 MG 270 TB.	Saquinavir Mesylate 200 mg tb.	I148A	322,00 €
25	1111111100887	XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION 1X180 ML	Sodium oxybate 500 mg/ml oral sol.	I398A	894,59 €
26	1111111100265	ELMIRON 100 MG 100 TB.	Pentosan Polysulfate Sodyum 100 mg tb	I131C	159,50 €
27	1111111100150	IRESSA 250 MG 30 CAPSUL	Gefitinib 250 mg cap	I075A	2.401,80 €
28	1111111100097	PROGLICEM 25 MG 100 TB.	Diazoxide 25 mg tb	I056A	22,10 €
29	1111111100691	FUZEON 90 MG/ML 60 AMP	Enfuvirtide 90 mg/ ml ampul	I285A	2.090,00 €
30	1111111100888	LIQUID MAGNESIUM 1X16 OZ.	lyonik magnezyum sol.	I399A	39,50 €
31	1111111100889	SODIUM DICHOROACETATE 50 G. POWDER	Sodium dichloroacetat 50 g. Toz	I318B	253,00 €
32	1111111100890	L-ISOLEUCINE 25 G. POWDER	L-isoleucin 25 g. Toz	I387B	10,50 €
33	1111111100891	VALIN 25 G. POWDER	Valin 25 g. Toz	I337B	19,50 €
34	1111111100892	ANCOTIL 2,5 G. 5X250 ML SOLUTION FOR INFUSION BOTTLE	Flucytosine 2,5 g sol.	I070B	273,30 €
35	1111111100893	REKAWAN 1000 MG 50 FİLM TB.	Potassium chloride 1000 mg. Tb.	I400A	5,30 €
36	1111111100894	MAGNESIO CLORURO 110 MG. 230 CAPS.	Magnesium chloride 110 mg. Caps.	I401A	15,70 €
37	1111111100220	DANTRIUM 20 MG. 12 AMP.	Dantrolen Sodium 20 mg amp	I051A	857,00 €
38	1111111100234	DANTROLEN 20 MG. 12 FLK.	Dantrolen Sodium 20 mg flk.	I051A	850,00 €
39	1111111100895	VOTRIENT 400 MG. 60 TB.	Pazopanib 400 mg. Tb.	I402A	3.630,80 €
40	1111111100896	TREOSULFAN 5 G. 5 VIAL	Treosulfan 5 g. Amp.	I306A	1.586,69 €
41	1111111100897	COLCHICUM COMP. DROPS 1X100 ML(0,5 MG/ML)	Colchicine 0,5 mg/ml sol.	I045D	13,65 €
42	1111111100898	CLIPPER 5 MG. 30 TB.	Beclametasone dipropionate 5 mg. Tb.	I403A	103,95 €
43	1111111100899	ROACTEMRA 200 MG. 10 ML. 1 AMP.	Tocilizumab 200 mg amp.	I359 C	565,00 €
44	1111111100824	ACTEMRA 400 MG 20 ML 1 AMP.	Tocilizumab 400 mg.amp.	I359B	1.110,00 €
45	1111111100823	ACTEMRA 80 MG 4 ML 1 AMP.	Tocilizumab 80 mg.amp.	I359A	230,00 €
46	1111111100777	AMYTAL SODIUM 500 MG.1 ENJ.	Amobarbital sodyum 500 mg enj.	I331A	704,14 \$

Liste -2

## HASTA SEVK FORMU

EK-4/A

FORMU DÜZENLEYEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU: .....

Sevk Tarihi:...../...../20....

Sevki yapan birim: .....	
Genel sağlık sigortalısının Adı Soyadı : .....	T.C.Kimlik No.....
Hastanın Adı Soyadı : .....	T.C.Kimlik No.....
Hastanın Doğum Yeri / Tarihi : .....	
Dosya No : .....	Protokol No : .....
Tanı : .....	
Sevk gerekçesi (*) : .....	
Sevk Edildiği Branş : .....	
Gideceği Şehir : .....	
Sevk Vasıtası : .....	
Refakatçi gerekçesi (**): .....	
	Sevk Eden Hekim : Kaşe (****) İmza
MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU: .....	
Sevk nedeniyle müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihi :...../...../20...	
Müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihi :...../...../20...	
...../...../20...- ...../...../20.... tarihleri arasında ayaktan tedavi görmüştür.	
...../...../20...- ...../...../20.... tarihleri arasında yatarak tedavi görmüştür.	
Refakatçi durumu (***) : .....	
	Düzenleyen hekim : Kaşe (****) İmza

(\*) Gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerin belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*) Refakatın tıbben gerekli olduğunun gerekçesi ile birlikte belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*\*) Refakatli olarak gelindiğinin/kalındığının hekim tarafından belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*\*\*) Kaşede yer alması gereken diğer bilgiler yanında hekimin çalıştığı sağlık hizmeti sunucusunun adının da yer alması (yoksa hekim tarafından elle yazılmış olması) gerekir.

SEVK FORMUNUN ASLI MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK KURUM/KURULUŞUNDAN AYRILIŞ AŞAMASINDA HASTAYA VERİLECEKTİR.

Liste-3			
GÖRMEYE YARDIMCI TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ			
Sıra No	SUT KODU	ÇİFT OLARAK (KDV HARIÇ)	FİYAT (TL)



114	GZ.10215	SPH 8-10 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
115	GZ.10216	SPH 8-10 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
116	GZ.10245	SPH 10-13 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
117	GZ.10246	SPH 10-13 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
118	GZ.10265	SPH 13-16 Kolormatik 65 mm	52,88
119	GZ.10285	SPH 16-20 Kolormatik 65 mm	52,88
120	GZ.10305	SPH 21 ve daha fazla Kolormatik 65 mm	52,88
121	GZ.10495	SPH/CYL 8-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
122	GZ.10525	SPH/CYL 10-2 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
123	GZ.10526	SPH/CYL 10-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
124	GZ.10545	SPH/CYL 13-2 Kolormatik 65 mm	61,02
125	GZ.10565	SPH/CYL 16-2 Kolormatik 65 mm	61,02
126	GZ.10585	SPH/CYL 20-2 Kolormatik 65 mm	61,02
127	GZ.10605	SPH/CYL 21 ve daha fazla Kolormatik 65 mm	61,02
128	GZ.10825	SPH/CYL 10-4 Kolormatik 65 mm	52,88
129	GZ.10826	SPH/CYL 10-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
130	GZ.10827	SPH/CYL 10-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
131	GZ.10845	SPH/CYL 13-4 Kolormatik 65	52,88
132	GZ.10865	SPH/CYL 16-4 Kolormatik 65 mm	52,88
133	GZ.10885	SPH/CYL 20-4 Kolormatik 65 mm	52,88
134	GZ.10905	SPH/CYL 21 ve daha fazla Kolormatik 65 mm	52,88
135	GZ.10996	SPH/CYL 21 ve daha fazla Organik 65 mm	76,27
136	GZ.10925	SPH/CYL 2-6 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
137	GZ.10926	SPH/CYL 2-6 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
138	GZ.10955	SPH/CYL 4-6 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
139	GZ.10956	SPH/CYL 4-6 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
140	GZ.10971	SPH/CYL 6-6 Kolormatik 65 mm	52,88
141	GZ.10981	SPH/CYL 8-6 Beyaz 60 mm	61,02
142	GZ.10982	SPH/CYL 8-6 Kolormatik 65	52,88
143	GZ.10991	SPH/CYL 10-6 Beyaz 60 mm	61,02
144	GZ.10992	SPH/CYL 10-6 Kolormatik 65 mm	52,88
145	GZ.11091	Kontakt Lens Aylık Sık Replasmanlı* (1 Kutu 6 adet)	50,00
146	GZ.11101	Kontakt Lens Aylık Sık Replasmanlı* (2 Kutu 12 adet)	100,00